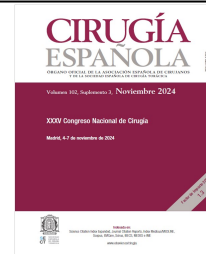




# Cirugía Española



[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)

## V-082 - CONFECCIÓN DE *BYPASS* GÁSTRICO POR ÚLCERA PERFORADA EN PACIENTE CON OAGB

Martín Zugasti, Estíbaliz; Iparraguirre Zulaica, Uxue; Riverola Osa, Paula; García Ruiz de Gordejuela, Amador; Eizaguirre Letamendia, Emma; Martí Gelonch, Laura; Asensio Gallego, José Ignacio; Arrabal Agüera, Lorena

Hospital Donostia, San Sebastián.

### Resumen

**Introducción:** El *bypass* gástrico de una anastomosis (OAGB) está ganando aceptación a nivel internacional por sus buenos resultados ponderales y la simplificación de no precisar de confeccionar un pie de asa. Su principal desventaja es la mayor frecuencia de desarrollo de reflujo biliar. La úlcera marginal es una complicación altamente relacionada con este procedimiento.

**Objetivos:** Exponer la conversión a *bypass* gástrico como un recurso útil ante casos seleccionados de pacientes con *bypass* gástrico de una anastomosis (OAGB) perforado. Se presenta un caso de *bypass* gástrico de una anastomosis perforado que es reconstruido mediante *bypass* gástrico en Y de Roux.

**Caso clínico:** Varón de 69 años con antecedentes a destacar de cardiopatía hipertensiva, ACV en 2012, ERC estadio II-III, úlceras en EEII e intervenido quirúrgicamente para realización de *bypass* gástrico de una anastomosis en octubre de 2022. Acude al servicio de urgencias 9 meses después refiriendo cuadro de dolor abdominal brusco y mal estado general. Tras realización de pruebas complementarias pertinentes, se objetiva en TAC hallazgos sugestivos de perforación intestinal próximo a anastomosis gastroyeyunal. El paciente refiere importante pérdida ponderal y 4-6 deposiciones diarreicas desde el OAGB. Es intervenido quirúrgicamente de manera urgente, donde se halla perforación de asa alimentaria adyacente a la anastomosis, con peritonitis purulenta difusa acompañante. El conteo de asas muestra un asa alimentaria de 130 cm y asa biliopancreática de 170 cm. Ante estos hallazgos y los antecedentes del paciente se procede a realizar conversión a *bypass* gástrico proximal, previa reconstrucción del tránsito intestinal. En el posoperatorio el paciente muestra evolución favorable. Tras 3 meses desde la intervención quirúrgica, es valorado en consultas externas, presentando buena tolerancia oral, mejoría de los parámetros nutricionales y resolución de la alteración del hábito deposicional.

**Discusión:** El OAGB es una técnica con buenos resultados posoperatorios, pero que puede presentar complicaciones como la de este caso. La sutura simple de la úlcera hubiera presentado un elevado riesgo de recidiva y no hubiera resuelto los problemas nutricionales del paciente. La conversión a *bypass* gástrico debe ser considerada como recurso ante casos similares.